

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ДО 6 МЕСЯЦЕВ

Дорожкина О.С.

*УО«Витебский государственный ордена Дружбы народов медицин-
ский университет»*

На протяжении последних 5 лет наблюдается рост болезней органов дыхания, в том числе и за счет пневмонии. Заболеваемость пневмонией составляет около 10-15 на 1000 детей первого года жизни, 15-20 на 1000 детей 1-3 лет и около 5-6 на 1000 детей старше 5 лет в год. И это несмотря на разработку и внедрение в клиническую практику новых мощных антибиотиков и комплексных схем лечения. По нашим данным, у детей, имевших в раннем возрасте 2 и более эпизодов пневмонии, к 7-8 годам в 40% случаев формируется хроническая патология, причем риск хронизации процесса прямо пропорционален увеличению кратности эпизодов. Указанная ситуация во многом определяется наследственной патологией, нарушением «иммунного тренинга», возрастающей ролью «проблемных» микроорганизмов, нарушением механизмов неспецифической защиты и снижением иммунного ответа. Вместе с тем, анализ анамнестических данных, клинико-иммунологических показателей детей, страдающих пневмонией, не подтвердил исключительного значения отягощенного преморбидного фона в развитии пневмонии. В связи с чем, поиск клинико-иммунологических маркеров, определяющих развитие и течение пневмоний, является актуальным.

Материалы и методы. Обследовано 26 детей в возрасте до 6 месяцев, находившихся на лечении по поводу острой пневмонии в инфекционном боксированном отделении Витебской областной детской клинической больницы. В работе использованы общеклиниче-

ские, общелабораторные (определение количества эритроцитов, гемоглобина, лейкоцитов, лейкоцитарной формулы, биохимические анализы крови (определение общего белка, СРБ, серомукоида), общий анализ мочи) и инструментальные (ЭКГ, рентгенографическое обследование, ультразвуковое исследование головного мозга, органов брюшной полости и вилочковой железы) методы исследования.

Результаты исследования. У всех обследованных детей в клинической картине заболевания имели место синдром дыхательной недостаточности и катаральных явлений, синдром общей интоксикации. Однако степень выраженности последнего была различна, что позволило нам разделить пациентов на 3 группы: в первую группу вошли 8 детей, у которых наблюдалась фебрильная лихорадка, вторую (13 человек) составили пациенты с субфебрилитетом и третью (5 детей) - с нормальной температурой тела и незначительными проявлениями интоксикации. В первой группе пациентов, у детей с благополучным анамнезом (на естественном вскармливании, без ранее перенесенных инфекционных заболеваний и сопутствующей патологии) и с отягощенным преморбидным фоном (вскармливающиеся смесями, имеющие сопутствующие заболевания - рахит, энцефалопатию новорожденного, изменения при ультразвуковом исследовании головного мозга в виде внутренней гидроцефалии, субэпиндимальных кровоизлияний) с одинаковой частотой отмечались как выраженный лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг лейкоцитарной формулы, повышение СОЭ и белков острой фазы воспаления при лабораторном исследовании, так и незначительные изменения (нормальное количество лейкоцитов, умеренный сдвиг лейкоцитарной формулы и нормативные показатели СОЭ). Поражение легких по результатам рентгенологического обследования носило двусторонний характер, у одного ребенка пневмония развилась на фоне гипоплазии легкого. Во второй группе катаральные явления, синдромы интоксикации и дыхательной недостаточности были умеренными, как правило, отмечались двусторонние пневмонии (у 11 детей). Все пациенты, вошедшие в эту группу, имели отягощенный преморбидный фон: находились на искусственном вскармливании, в анамнезе отмечались перенесенные в периоде новорожденности пневмонии и респираторный дистресс-синдром (4 пациента), нарушение конституции в виде гипотрофии или паратрофии (5), тимомегалия (3), кандидоз кожи и слизистых оболочек ротовой полости (3), патология со стороны центральной нервной системы (синдром двигательных и вегето-висцеральных дисфункций на фоне энцефалопатии новорожденного (5), изменения при ультразвуковом исследовании головного мозга в виде субэпиндимальных кровоизлияний). В половине

случаев отмечалась анемия легкой или даже средней степени тяжести, лейкоцитоз, повышение белков острой фазы воспаления, реже сдвиг лейкоцитарной формулы влево и практически всегда повышение СОЭ. В третьей группе пациентов катаральные явления и синдром дыхательной недостаточности были умеренно выражены, а интоксикационный синдром был минимальным. 4 ребенка имели неблагоприятный преморбидный фон (паратрофию, рахит, атопический дерматит, кандидоза кожи, тимомегалию, перенесенные на кануне ОРВИ). Один ребенок имел благополучный анамнез (находился на естественном вскармливании, не имел сопутствующей патологии и эпизодов ранее перенесенных инфекционно-воспалительных заболеваний). Поражение легких в этой группе было двустороннее. Лишь у 2-х детей отмечался лейкоцитоз, увеличение СОЭ и белков острой фазы воспаления.

Обсуждение результатов. Как видно из результатов обследования, в настоящее время в клинике острой пневмонии у детей до 6 месяцев преобладают двусторонние пневмонии средней степени тяжести с умеренно выраженными или легкими синдромами интоксикации и дыхательной недостаточности, катаральными явлениями. Изменения воспалительного характера при лабораторных исследованиях могут колебаться от выраженного лейкоцитоза и палочкоядерного сдвига, повышения СОЭ и белков острой фазы воспаления, до отсутствия изменений данных показателей. При этом, такая тенденция наблюдается у всех детей, независимо от преморбидного фона.

Вывод. Следовательно, должны существовать какие-то другие механизмы, которые способствуют возникновению пневмонии не только у детей с сопутствующими заболеваниями и отягощенным анамнезом, что вполне объяснимо, но и на первый взгляд, у «практически здоровых детей».

Литература :

1. Каганов С.Ю., Розина Н.Н. Пульмонология детского возраста и ее насущные проблемы//Российский вестник перинатологии и педиатрии.-2000.-№6 -С.6-11
2. Н.П.Шабалов Детские болезни. В двух томах. Т.1.-СПб: Питер, 2002.-832с.
3. Каганов С.Ю., Вельтищева Ю.Е. Пневмонии у детей. - М.: Медицина, 1995.-304с.
4. Новиков Д.К., Новикова В.И., Сергеев Ю.В. Вторичные иммунодефицитные болезни//Иммунопатология аллергология инфектология.-2003.-№2.-С.8-27
5. Таточенко В.К., Катосова Л.К., Федоров А.М. Этиологический спектр пневмонии у детей// Пульмонология.-1997.-№2.-С.29-34